

Du traitement chirurgical du Cancer du Testicule

(Extirpation des ganglions ilio-lombaires)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CALIN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE

Né à Autun, le 28 Janvier 1886



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

1911

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DU TESTICULE

(Extirpation des ganglions ilio-lombaires)

Du traitement chirurgical du Cancer du Testicule

(Extirpation des ganglions ilio-lombaires)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Mars 1911

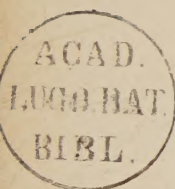
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CALIN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE

Né à Autun, le 28 Janvier 1886



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEIL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	LERICHE.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	GUILLEMARD.
GAYET	LAROYENNE.	THÉVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; ROCHET, assesseur ;
MM. GAYET et LAROYENNE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

Je dédie cet ouvrage en faible
témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR JABOULAY

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET

Qui nous a donné le sujet de
ce travail.

A M. LE PROFESSEUR ROCHET

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Membres de notre Jury.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Lyon

MM. les D^{rs} DURAND, *professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.*

FABRE, *professeur de Clinique obstétricale, accoucheur des hôpitaux.*

GANGOLPHE, *professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux.*

JOSSERAND, *médecin honoraire des hôpitaux.*

VALLAS, *professeur-adjoint à la Faculté, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.*

VILLARD, *professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.*

Saint-Etienne

MM. les D^{rs} BEUTTER, *médecin des hôpitaux.*

BLANC, *chirurgien des hôpitaux.*

MARTEL, *chirurgien des hôpitaux et de la Maternité.*

VIANNAY, *chirurgien des hôpitaux.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

C'est un devoir que nous remplissons avec plaisir, que celui d'adresser aujourd'hui à tous les maîtres qui nous ont guidé dans nos études, l'hommage de notre dévouement et de notre vive reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Jaboulay, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous aurons toujours, une vive gratitude, pour M. le professeur agrégé Gayet, qui nous a accueilli dans son service avec la plus grande bienveillance, et, nous a donné l'idée de ce travail. Ses conseils ont beaucoup facilité notre tâche. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

Nous avons trouvé auprès des divers chirurgiens auxquels nous nous sommes adressés, dans l'intérêt de notre sujet, un accueil des plus bienveillants.

M. le professeur agrégé Chevassu, spécialement pour notre thèse, a convoqué ses deux anciens opérés et nous a donné, sur eux, des détails qui formeront certaine-

ment le point le plus intéressant de notre travail. C'est avec une profonde gratitude, que nous le remercions de la bienveillance qu'il a montrée à notre égard. MM. les docteurs Blaud-Sutton, Gosset, Michon, nous ont répondu avec autant d'empressement. C'est grâce à eux tous, que nous pouvons apporter au cours de notre travail des renseignements nouveaux; nous les en remercions cordialement.

Nous devons un hommage particulier à MM. les docteurs Josserand et Villard; nous avons passé un an dans chacun de leurs services et plus tard, en face des difficultés de notre carrière, nous ne saurions trop faire appel à l'enseignement si solide, qu'ils se sont efforcés de nous donner.

Nous tacherons également, de ne jamais oublier les bons principes que nous inculqua le professeur Fabre, lors de notre externat à la clinique d'accouchement. Il nous témoigna toujours sa bienveillance. Qu'il accepte le respectueux hommage de notre reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais, non plus, tout ce que nous devons à MM. les professeurs Gangolphe, Vallas, Durand; tous, nous ont témoigné leur bienveillance et ont droit à notre gratitude.

Nous nous souviendrons toujours, avec plaisir, du temps passé dans les hôpitaux de Saint-Etienne, où des maîtres distingués ont complété notre éducation médicale. Nous adressons l'expression de notre vive reconnaissance à MM. les docteurs Viannay, Blanc et Martel. Après avoir guidé à Lyon, nos premiers pas, dans la science médicale, le docteur Beutter fut pour

nous, à Saint-Etienne, un maître dévoué qui voulut bien nous traiter en ami ; nous ne saurions oublier la sollicitude avec laquelle il nous prodigua ses soins pendant trois semaines. Nous serons toujours pour lui, un élève fidèle et un ami dévoué, qui lui garderons une profonde reconnaissance. La plupart de nos anciens collègues de l'internat sont restés pour nous des amis que nous n'oublierons pas.

Enfin, à tous les maîtres, qui depuis notre enfance, ont guidé nos études, à tous ceux qui, parents et amis, nous ont témoigné leur sympathie et leur dévouement, j'adresse ici, un hommage ému d'affection et de gratitude.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

C'est un fait à peu près admis par les classiques que la malignité du cancer du testicule, la rapidité de sa généralisation, la précocité des récidives post-opératoires. Cette opinion est tellement ancrée, que l'on peut lire des phrases comme celles-ci, relevées par Chevassu, dans son article de la *Revue de Chirurgie*, 1910, page 629 :

« La castration n'a jamais guéri un individu porteur d'un cancer du testicule » (Arrou).

La castration est toujours trop tardive, puisqu'elle est, d'une manière régulière, suivie d'une récidive, qui est souvent très rapide (Achibau).

La castration ne donne en général guère de survie aux opérés (Monod et Terrillon).

« La récidive des tumeurs du testicule est non-seulement fatale, mais si rapide, qu'on a pu se demander si l'opération n'active pas la généralisation. » (Reclus).

Ce fut le mérite de Chevassu de montrer que cette malignité n'était due qu'à la rapidité de l'envahis-

sement des ganglions lombaires, et dans sa thèse (1905), puis dans son Mémoire de médaille d'or; enfin, dans la *Revue de Chirurgie*, 1910, il préconisa comme seul traitement logique, l'extirpation, non-seulement de la tumeur, mais encore des voies lymphatiques tributaires de la glande, c'est-à-dire des ganglions ilio-lombaires, et du paquet spermatique en entier.

Dans sa thèse, où il fait une étude anatomo-pathologique approfondie, nous voyons que les tumeurs du testicule présentent trois variétés principales, qui sont :

- 1^o L'épithélioma séminal ou séminome;
- 2^o Les sarcomes très rares :
- 3^o Les tumeurs mixtes.

Dans sa statistique soigneuse, qu'il a reprise dans la *Revue de Chirurgie*, on peut voir que même la castration simple guérissait des cancers du testicule dans la proportion de 30 0/0 pour les séminomes, et de 60 0/0 pour les tumeurs mixtes.

Que ne pourrait-on donc espérer si, au lieu de faire la castration simple, on procédait comme on le fait pour le sein et la lèvre, par exemple, à l'ablation de tout le territoire lymphatique tributaire de la glande?

C'est pour montrer qu'il faut opérer rationnellement, c'est-à-dire anatomiquement, le cancer du testicule, et que seule, une telle opération, est capable de garantir au malade une guérison stable, que nous avons entrepris ce travail. Nous nous inspirons beaucoup du travail si important de Chevassu

dans la *Revue de Chirurgie* 1910, nous contentant de venir apporter à l'appui de ses théories deux observations publiées depuis, plus celle qu'a mis gracieusement à notre disposition le docteur Gayet et qui nous a donné l'idée du sujet de notre thèse. Enfin, grâce à la bienveillance des chirurgiens, qui ont bien voulu nous donner des nouvelles de leurs opérés, nous pourrons faire entrevoir ce que peut faire espérer, au point de vue des résultats éloignés, le traitement chirurgical du cancer du testicule, avec extirpation des ganglions ilio-lombaires.

HISTORIQUE

Autrefois, le traitement du cancer du testicule consistait dans la castration pure et simple. Ce sont sans doute les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie qui furent le signal d'interventions plus complètes. Tout d'abord, on s'attaqua aux métastases abdominales, cherchant à les extirper. Kocher fut le premier qui, en 1883, fit deux opérations transpéritonéales, pour essayer d'enlever des métastases intra-abdominales.

Nombreuses sont les observations publiées : notons les deux de Kocher (*in Deutsche Chirurgie* 1883, p. 491), celles de Henri Morris, von Bergmann, cité par Stenger, Most, Rogowski.

Citons ici le cas que M. le professeur Jaboulay a bien voulu nous communiquer :

Il s'agissait d'un homme de 35 ans, entré en 1892 à la Maison Plumet, qui avait été opéré quelque temps avant par un chirurgien dont il ne put dire le nom, de cancer du testicule.

On se trouvait en présence d'une métastase

énorme, grosse comme une tête d'adulte, siégeant dans les ganglions lombaires, occasionnant de vives douleurs.

M. le professeur Jaboulay, par une incision trans-péritonéale médiane, procéda à l'ablation de cette masse ; il ne put le faire que par morcellement.

Tamponnement à la gaze de la plaie. Le malade mourut huit jours après.

La conclusion que l'on peut tirer de telles interventions, c'est le peu de satisfaction qu'elles donnèrent aux opérateurs. Elles sont hérissées de difficultés : adhérences des masses monéoplasiques aux gros vaisseaux ; l'opération se fait, comme dit Roberts, « dans un puits », le malade est très schoké !

Aussi, s'arrête-t-on bientôt dans cette voie et on arrive à considérer, au contraire, de tels cas, comme contrindication opératoire. Une nouvelle pensée guide alors les opérateurs : il faut opérer précocement et reséquer le plus possible.

Un premier pas dans cette voie est marqué par les tentatives de Villar, de Bordeaux, qui, au Congrès de Chirurgie 1901, préconise sa méthode, qui peut se résumer en trois points principaux :

1^o Section du canal déférent dans le petit bassin ;

2^o Section des vaisseaux spermatiques à leur sortie de la fosse iliaque ;

3^o Extirpation des ganglions que l'on rencontre soit dans le canal inguinal, soit dans la fosse iliaque.

Son incision ne dépasse pas, en haut, le niveau de l'artère iliaque.

Villar prétendait pouvoir même ainsi enlever un certain nombre de ganglions lombo-aortiques.

Mauclore, qui publia, le 17 juin 1905, une opération faite par lui, suivant ce procédé, déclare qu'on ne peut arriver ainsi à extirper les ganglions lombaires.

C'est avec un Manuel opératoire différent que vont être faites désormais les nouvelles interventions. Déjà, le 16 octobre 1901, Roberts se proposa d'enlever le paquet spermatique en entier et les ganglions lombaires par une opération transpéritonéale : l'opération fut pleine de difficultés. Il réussit néanmoins à enlever quatre ganglions dont deux furent reconnus néoplasiques à l'examen. Le malade mourut de péritonite.

Le 15 janvier 1905, Chevassu, dans son Mémoire de médaille d'or, s'élève contre ce manuel opératoire et propose une large laparotomie latérale.

Enfin, le 20 avril 1905 marque une dernière étape : Grégoire tente l'extirpation par une intervention entièrement sous-péritonéale ; malheureusement, il tombe sur une masse inextirpable. Le même contretemps lui arrive le 8 avril 1907 ; enfin, le 10 avril 1908, il réussit à enlever facilement six ganglions dont le plus inférieur est reconnu néoplasique.

Cunéo, de son côté, avait un plein succès, en faisant, le 26 août 1906, une intervention à peu près identique.

Désormais tout est changé : on n'a plus à faire

ces graves interventions telles que les avait tentées Roberts, par la voie transpéritonéale. Incision latérale de la paroi abdominale, décollement du péritoine, extirpation des ganglions lombaires, tels sont les trois temps suivant lesquels on opère dès lors.

Le 28 avril 1909, le professeur Pierre Delbet, à la Société de Chirurgie, se déclare résolument partisan de cette intervention.

Le 13 novembre 1909, nouvelle observation publiée par Bland Sutton. Il enlève un ganglion reconnu néoplasique. Le malade quitte l'hôpital dix-sept jours après l'opération.

En décembre 1909, quatre nouveaux malades sont présentés à la Société de Chirurgie : le premier, par Gosset ; le deuxième, par Fredet ; les deux autres, par Chevassu.

Enfin, à la séance du 2 mars 1910, à la Société de Chirurgie, deux observations nouvelles furent présentées par Pierre Delbet et Michon, qui avaient opéré avec un plein succès.

Toutes ces observations ont été publiées dans la *Revue de Chirurgie* 1910, par Chevassu ; nous n'y insistons pas autrement, nous réservant de les résumer plus loin, en même temps que nous rapporterons les observations publiées depuis son travail, par Howard in the *lancet*, Michel, de Nancy, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1910, et enfin, celle du docteur Gayet.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'étude des voies lymphatiques du testicule a fait le sujet de nombreux travaux.

Il n'est d'aucun intérêt pour notre travail d'étudier l'origine de ces lymphatiques et leurs dispositions intra-glandulaire.

Prenons les à leur sortie de l'antre d'Highmore où ils viennent converger, puis s'unir à ceux de l'épididyme et du feuillet viscéral de la vaginale, le tout formant alors 4 à 8 canaux d'après Poirier et Cunéo.

Ils remontent vers le canal inguinal inclus dans le cordon spermatique où ils occupent une situation superficielle immédiatement appliqués en avant des vaisseaux sanguins. Ils accompagnent ainsi l'artère spermatique jusqu'à la sortie de la fosse iliaque ; ils s'en séparent alors pour aller se jeter dans les ganglions lombo-aortiques.

Pendant tout ce trajet, ils sont inclus avec les éléments du cordon dans une gangue fibreuse, dense

facilement isolable qui les sépare complètement des régions voisines. Jusqu'à la sortie de la fosse iliaque ils n'émettent, et encore d'une façon inconstante, qu'à deux endroits des vaisseaux efférents :

1^o Au niveau du canal inguinal où Villar, de Bordeaux et son élève Salabert auraient rencontré trois fois des petits ganglions échelonnés le long du cordon.

2^o Au niveau du point où à droite prend naissance la veine iliaque primitive, il existe un ganglion recevant des vaisseaux tributaires des veines lymphatiques du testicule.

De plus Cunéo sur un fœtus à terme a trouvé trois petits ganglions dans la fosse iliaque qui recevaient des vaisseaux afférents.

Il a retrouvé la disposition que nous venons de signaler chez son opéré de 1906 (Obs. II).

On peut voir aussi dans les cas publiés par Grégoire (Obs. IV) Gosset (Obs. VI), et enfin dans l'observation du docteur Gayet, que ces auteurs ont trouvé également un ganglion au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. Zeissl et Horwitz (Wiener Klinische Wochenschrift 1890, p. 388, et Winer Medicinische Presse XXXVIII p. 764), en piquant la face interne du testicule obtenait un vaisseau lymphatique qui d'abord satellite du canal différent, l'abandonnait ensuite pour aller se jeter dans un ganglion de la chaîne iliaque externe. Cunéo l'a injecté sur plusieurs sujets et a vu ce vaisseau aller constamment à un ganglion

situé sur la terminaison de la veine iliaque externe immédiatement en avant du point où celle-ci est croisée par l'uretère.

En quittant la fosse iliaque, les voies lymphatiques se séparent du paquet spermatique. Ils sont encore inclus jusqu'à leur arrivée dans les ganglions lombo-aortique dans la gaine celluleuse qui « pour être moins dense dans la région s/s péritonéale que dans la région scroto-inguinale, n'en est pas moins facile à isoler d'une façon complète ». (Chevassu R. de chir. p. 913).

Ainsi donc, à part, les dispositions inconstantes que nous venons de signaler, c'est tout d'une traite, et nettement isolées dans une gaine que les voies lymphatiques du testicule franchissent la distance qui les sépare de la glande, à leur aboutissant, les ganglions lombo-aortiques.

Il s'agit maintenant, de bien connaître la topographie exacte de ces ganglions, qui nous est connue par les recherches de Most (1899) et Cunéo (1901). Ils sont au nombre de 4 à 5 de chaque côté. En avant ces ganglions sont recouverts par le péritoine pariétal postérieur et le tissu cellulaire s/s péritonéal dans la portion qui correspond au mésentère et au duodenum.

L'artère mésentérique inférieure représente là le seul vaisseau qui serve de pédicule, et retienne le péritoine à la paroi postérieure. Ces ganglions seraient placés superficiellement dans le tissu celluleux s/s péritonéal, surtout à gauche (Most). Et en effet chez l'opéré de Cunéo, les ganglions ve-

naient avec le péritoine lors du décollement de celui-ci. (Dezairnaulds th. de Paris 1906, p, 19).

En arrière la topographie des ganglions diffère à droite et à gauche.

A gauche, les 3 ou 4 ganglions du groupe juxta-aortique, reposent sur le tissu cellulo-adipeux qui recouvre la gaine du psoas, ils sont immédiatement appliqués contre l'artère.

A droite, la V. Cave fait changer les rapports, les ganglions sont placés sur la face antérieure de cette veine ou sur sa face interne s'insinuant entre elle et l'artère.

Le plus inférieur, situé au au niveau de la bifurcation de la V. Cave reçoit constamment un ou deux troncs afférents (Poirier et Cunéo).

A droite comme à gauche, cette région ganglionnaire ne dépasse jamais : en haut le pédicule rénal, en bas la bifurcation aortico-cave. La région répond donc au 3^e et 4^e vertèbres lombaires. On comprend combien on serait gêné pour extirper les ganglions supérieurs en faisant comme Roberts, une incision s'arrêtant à l'ombilic !

A part ces ganglions que nous venons de décrire Poirier et Cunéo ont décrit un groupe de ganglions préaortiques qu. recevraient d'après eux dans 1/3 des cas un ou deux lymphatiques afférents.

On pourrait encore se poser cette question : existe-t-il des anastéomoses entre les ganglions de droite et de gauche. Nous n'avons retrouvé cette disposition signalée dans aucune observation. Les autopsies qui ont été faites n'ont jamais

montré les ganglions du côté opposé envahi. En particulier dans notre cas où l'on fit l'autopsie, on ne put en décéler.

Un autre point intéressant à noter, c'est les rapports directs qui unissent les ganglions lombaires à la citerne de Pecquet. De ces ganglions, en effet, partent des vaisseaux efférents qui vont se jeter directement dans la citerne de Pecquet, ce n'est que d'une façon inconstante, en effet, que ces vaisseaux efférents passent par un poste de relais représenté par les ganglions rétrovasculaires appliqués directement en avant des 3^e et 4^e lombaires.

Ainsi entre la glande testiculaire et le canal thoracique il peut à la rigueur, en ne tenant pas compte des dispositions inconstantes, n'y avoir qu'un seul relai ganglionnaire !

« C'est là, dit Cunéo, un fait qui a son importance et sur lequel Most insiste avec raison : Il explique la possibilité d'un cancer secondaire du canal thoracique au cours de l'évolution d'un cancer du testicule et même la pénétration facile d'embolies dans le système sanguin par cette voie détournée ».

N'est-ce pas là, en effet, la raison toute entière de la malignité du cancer du testicule et de la rapidité de sa généralisation ?

Et déjà ce simple résumé d'anatomie nous fait sentir la nécessité d'enlever en même temps que la tumeur les vaisseaux et ganglions qui sont les vecteurs directs des germes néoplasiques de la tumeur à la circulation générale.

De plus, les rapports intimes de ces ganglions avec des organes, tels que l'aorte et la V. Cave ne doivent-ils pas faire craindre de se trouver en présence de ganglions adhérents à ces vaisseaux et par conséquent inextirpables ?

Agir et agir vite, se porter rapidement dans cette région lombo aortique où siège l'ennemi, si l'on ne veut risquer de le trouver inexpugnable. Voilà ce qui se dégage de ces considérations anatomiques. Par quelle voie maintenant allons nous l'aborder ?

MANUEL OPÉRATOIRE

Pour aborder la région lombaire, deux voies se présentent à l'opérateur : trans et extrapéritonéale. C'est la première comme nous l'avons vu dans notre étude historique, qui fut suivie tout d'abord. Il suffit, pour la juger de rappeler les difficultés éprouvées par les opérateurs qui l'employèrent.

C'est tout d'abord, les deux interventions de Kocher pour métastases abdominales :

« L'opération, dit-il, dans sa première observation, fut très difficile, l'S iliaque était appliquée étroitement contre la tumeur, on dut lier de très nombreux et volumineux vaisseaux ».

De même dans sa deuxième observation :

« Le néoplasme reposait dans une gouttière, entre l'aorte et la V. Cave... une ligature de la V. Cave n'aboutit qu'à une hémastase incomplète, on dut laisser une paire de grandes pinces à demeure. Toute la masse intestinale avait dû être éviscérée, le patient fut assez schoké et mourut deux jours

après, probablement à la suite d'une hémorragie interne ». (In Deutsche Chirurgie 1883, p. 491).

L'intervention de Roberts est encore plus caractéristique. Il fut obligé à la suite de son incision médiane de l'ombilie à deux centimètres au-dessus du pubis, d'en faire une deuxième branchée sur la première et sectionnant le grand droit en se dirigeant vers l'épine iliaque : « Longue, dit-il, fut l'extirpation au bistouri et aux ciseaux, de ce tissu cellulaire préaortique... *j'opérais dans un puits* ». (Ann. of Surgery, Oct. 1902, p. 539).

De plus, huit jours après, suppuration, puis fistule stercorale. Il tenta une entérorraphie. Mort du malade de péritonite, quarante-huit heures après.

Et comme le fait remarquer Chevassu : « Roberts néglige complètement de nous dire comment il s'est comporté par rapport à l'intestin, au mésentère, aux vaisseaux coliques... il semble bien que la voie suivie par lui, présentait des inconvénients multiples ». (Revue de Chirurgie 1910, p. 647).

De plus, l'incision de Roberts n'est pas suffisante, en s'arrêtant à l'ombilie il ne peut atteindre les ganglions situés au niveau du hile du rein. Aussi ferons-nous avec Chevassu, les reproches suivants à la voie transpéritonéale :

1^o Nécessité d'une longue incision remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde.

2^o Reclinement nécessaire et délicat du colon et des anses intestinales.

3^o Risque de blessure des gros vaisseaux, du

gros intestin qui croisent le trajet du cordon spermatique.

4^e Si l'on veut suivre le cordon, obligation de faire une nouvelle incision branchée sur la première et pour employer l'expression de Dezarnaulds, de « balafre » ainsi l'abdomen.

5^e Comment faire, ainsi que le fait remarquer ce dernier auteur dans sa thèse p. 23, pour enlever ces petits ganglions iliaque qui existaient dans le cas publié par lui, ainsi d'ailleurs que dans ceux de Grégoire (Obs. IV), Gosset (Obs. VI) et enfin dans notre cas.

6^e Enfin, il faut toujours compter avec les risques d'une infection péritonéale (cas de Roberts).

Quant à la voie transpéritonéale latérale préconisée par Chevassu dans son mémoire de médaille, elle échappe évidemment à plusieurs des reproches que nous venons de formuler. Laissons-la d'ailleurs juger par son auteur lui-même.

« Elle donne plus du jour, n'est pas dangereuse pour les vaisseaux coliques, puisqu'elle refoule en dedans le gros intestin, mais elle se rapproche alors tellement du but et des procédés de la voie s/s péritonéale que celle-ci doit forcément lui être préférée ». (Rev. de Chirurgie 1910, p. 900).

Éliminant donc, toutes les méthodes transpéritonéales, nous recommanderons comme méthode de choix, la voie extrapéritonéale.

Dans cette méthode rentre évidemment le genre des interventions faites par Villar, mais comme nous l'avons vu dans l'historique, cette méthode ne

permet pas l'ablation de tous les ganglions lombaires et par conséquent, est en opposition directe avec le traitement que nous préconisons.

Il ne nous reste donc, que la voie extrapéritonéale latérale, la seule d'ailleurs qu'aient suivie les opérateurs depuis l'opération de Grégoire en 1905 et dont le manuel fut précisé par Chevassu, dans sa thèse en 1906.

Chaque opérateur, comme on peut le voir dans les observations, y a apporté des modifications sur lesquelles nous discuterons plus tard, mais chez tous, elle peut se résumer en ces trois temps capitaux : Incision abdominale latérale du canal inguinal aux fausses côtes, décollement et reclinement du péritoine et de la masse intestinale, ablation de tous les ganglions ilio-lombaires et du paquet spermatique.

Nous donnerons ici le manuel opératoire suivi par le docteur Gayet, qui se rapproche beaucoup d'ailleurs, de celui décrit par Chevassu dans sa thèse et dans la Revue de Chirurgie, nous réservant de discuter ensuite sur les modifications que l'on peut apporter dans les divers temps opératoires, sur les difficultés que l'on peut rencontrer et les règles que l'on doit suivre au cours de chacun d'eux.

Le malade ayant subi les jours qui précèdent l'opération, tous les préparatifs qui précèdent d'ordinaire une laparotomie, après avoir fait une asepsie soigneuse de l'abdomen et surtout de la région inguino-scrotale difficile à désinfecter est endormi à l'éther ou au chloroforme.

Temps scrotal. — Incision des bourses jusqu'au canal inguinal. On s'occupe tout d'abord de la tumeur que l'on extirpe avec son pédicule, en décollant complètement la celluleuse. Le pédicule est saisi entre deux pinces et on sépare ainsi la tumeur qui est supprimée du champ opératoire et examinée pour permettre de préciser le diagnostic.

Temps abdominal. — Incision continuant la première remontant vers l'épine iliaque, puis devenant verticale pour se terminer sur la ligne axillaire antérieure, au niveau de la neuvième côte (Chevassu s'arrête sur le rebord costal au niveau de la dixième).

On incise ainsi toute la portion tendineuse du grand oblique, puis sa portion musculaire, enfin le petit oblique et le transverse, en s'arrêtant au péritoine.

On procède alors au décollement du péritoine qui se fait facilement sans hémorragie et que l'on poursuit depuis la fosse iliaque jusqu'au hile du rein.

Temps iliaque. — S'occupant alors de la région iliaque, où l'on achève prudemment le décollement péritonéal, on resèque le canal déférent le plus loin possible. Puis saisissant le paquet vasculaire spermatique, on attire en haut le moignon et on le décolle du péritoine, de bas en haut, en enlevant, le cas échéant, les ganglions que l'on peut rencontrer au niveau de la fosse iliaque et de la V. iliaque primitive.

Temps lombaire. — On continue l'isolement de la lame spermatique, on met à nu la région de la V. Cave à droite, de l'aorte à gauche. On procède

alors, non seulement, à l'extirpation des ganglions visibles ou palpables, mais aussi à un curage systématique de toute la région comprise entre le bord interne du rein et les gros vaisseaux lombaires.

Puis on lie artère et V. spermaticques le plus loin possible et on enlève d'une seule pièce toute la lame spermatique.

On laisse alors revenir le sac péritonéal et son contenu à sa place primitive, on place un drain assez éloigné des gros vaisseaux pour ne pas les blesser et on referme par des sutures séparées, les divers plans musculaires profonds et superficiels et enfin la peau.

DES DIVERS TEMPS OPÉRATOIRES

Temps scrotal. — Chevassu recommande de séparer nettement ce temps opératoire du temps abdominal. Il vaut mieux, en effet, enlever de suite du champ opératoire la tumeur pour éviter les risques d'inoculations. Puis comme le dit cet auteur dans sa thèse « écarter tout instrument, rejeter immédiatement toute compresse qui se sera trouvée en contact avec le cancer ».

Un autre avantage signalé également par cet auteur est la possibilité d'examiner ainsi grosso-modo le testicule malade et de diminuer ainsi les risques de faire une vaste opération abdominale inutile. Grégoire au contraire guidé par le souci de n'apporter durant l'intervention abdominale aucun germe septique, commence par le temps abdominal. Mais si cette méthode paraît plus parfaite au point de vue aseptie, elle nous paraît présenter des inconvénients contrebalançant largement ses avantages. Il paraît en effet plus simple de se laisser guider par la lame spermatique et aller ainsi de bas en

haut en enlevant tout ce qui paraît suspect le long du trajet. Le décollement péritonéal se fait ainsi très facilement tandis qu'au contraire comme le fait remarquer Chevassu, Grégoire le commence en haut à l'endroit le plus difficile.

De plus les erreurs de diagnostic étant toujours possible on peut risquer ainsi d'avoir fait une intervention inutile.

Il nous semble qu'en prenant quelques précautions, en suivant les règles données plus haut au moment du temps scrotal (voir ples V), l'opérateur après une nouvelle aseptie de ses mains se servant d'instruments encore non souillés, touchant au thermo-cautère l'extrémité du cordon sectionné aura peu de chances d'infecter le malade ; la technique y gagnera en facilité sans risque pour le patient.

Temps abdominal. — De l'incision. L'incision abdominale d'après Chevassu doit passer à quatre centimètres au-dessus de l'épine iliaque aut. sup. pour éviter les vaisseaux circonflexes iliaques.

Au contraire Cunéo chez son opéré rase la crête iliaque prétendant diminuer ainsi les dangers d'éventration.

De même au sujet de la terminaison de l'incision en haut : Cunéo la termine en l'inclinant en arrière jusqu'à la 12^e côte, Grégoire fait l'incision indiquée par Chevassu dans sa thèse (p. 155) qui suivant le rebord costal va se terminer au niveau de l'appendice axiphoïde. Chevassu dans la (Revue de Chirurgie 1910) recommande au contraire d'arrêter l'incision sans l'incliner au niveau de la 10^e côte.

Voici la critique qu'en fait Chevassu : « L'incision terminale en arrière de Cunéo donne beaucoup de jour sur le rein, mais beaucoup moins sur son pédicule et sur la zone ganglionnaire ; l'écartement de la paroi antérieure est certainement rendu plus difficile. L'incision terminale en avant de Grégoire donne un jour considérable, mais elle a l'inconvénient d'ajouter la section de plusieurs nerfs intercostaux à celle qu'on ne peut se dispenser de faire pour atteindre le rebord costal. De plus elle intéresse une zone dans laquelle le péritoine adhère de plus en plus à la musculature : à mesure qu'on avance le décollement peut être délicat (Revue de Chirurgie, p. 903) Frédet en effet signale une déchirure péritonéale dans la région haute et son malade eut dans les jours qui suivirent l'intervention de la gêne respiratoire que Frédet attribua à de la paralysie abdominale (Obs. VII).

La paralysie de la paroi est en effet un accident possible des suites opératoires, elle a d'ailleurs été signalée également pour l'opéré de Chevassu (novembre 1909, obs. IX), où il y eut une zone d'anesthésie en avant de la cicatrice. De plus, cette incision expose encore plus aux risques d'événtration.

D'ailleurs, l'incision de Chevassu donne suffisamment de jour. Dans ses deux observations personnelles, Chevassu note que la région opératoire est parfaitement visible. (Obs. VIII et IX).

Gosset dit dans son observation qu'il enleva les ganglions « aisément ». Delbet, qui fit une incision

identique, ne fut aucunement gêné non plus. (Obs. VI et X).

Enfin, dans le cas que nous rapportons, l'incision avait été identique et l'opération se fit aisément.

Du décollement péritonéal. — Ce temps opératoire est ordinairement facile. Le péritoine est peu adhérent « il ne tient aux plans profonds que par la seule artère mésentérique médiane, facile à voir, et par conséquent à éviter. » (CHEVASSU, *Revue de Chirurgie*, p. 900).

Il se fit facilement dans notre cas et ne donna lieu à aucune hémorragie. On peut dire, dit Chevassu, « que l'opération se fait absolument à blanc ».

Cette opération est, en effet, remarquablement exsangue, ainsi que le font remarquer d'ailleurs : Grégoire (obs. I, II et III), Chevassu (obs. IX), Bland Sutton (obs. V), enfin, le professeur Delbet, à qui nous empruntons cette phrase : « Le décollement du péritoine fut facile et remarquablement exsangue. Le système anastomotique de Retzius a sans doute une réalité anatomique, mais, au point de vue chirurgical, il ne compte pas, au moins dans cette région. » (Obs. X, *Revue de Chirurgie*, 1910, p. 916).

Fredet signale dans son cas une petite déchirure péritonéale, lors du décollement, dans la partie haute et dans la portion iliaque ; il trouva une adhérence très forte avec le cordon spermatique qui le força à réséquer un segment de péritoine. Aucune conséquence, d'ailleurs, ne s'en suivit. (Obs. VII). D'ailleurs, la généralisation était déjà avancée, puis-

qu'il y eut un ganglion inextirpable et que la récive se fit en six mois.

De même, Delbet fut obligé de faire une suture péritonéale ; d'ailleurs, rien de fâcheux ne s'en suivit. (Obs. X).

De l'extirpation ganglionnaire. — Suivre, en l'isolant, le paquet spermatique, et le long du chemin, enlever les ganglions qui se présentent, en les recherchant systématiquement, ainsi que le fait prévoir notre étude anatomique :

1° Au niveau du canal inguinal (cas de Villar et Salabert) ;

2° Au niveau de l'origine de la veine iliaque primitive (cas de Cunéo, obs. II ; Grégoire, obs. IV ; Gosset, obs. VI, et enfin, l'observation du docteur Gayet :

3° Au niveau de la région lombaire, en se rappelant bien les détails anatomiques donnés plus haut.

On peut objecter qu'à droite, l'opération est plus délicate (v. Cave, Aorte). C'est de ce côté qu'a opéré le docteur Gayet et il enleva facilement les ganglions, sauf l'inférieur, qui était légèrement adhérent.

B. Sutton, également, ne rencontra aucune difficulté (obs. V), pas plus que Grégoire (obs. IV), Chevassu (obs. VIII).

D'ailleurs, il est à signaler que la plupart du temps, on a trouvé des ganglions peu adhérents aux gros vaisseaux. Et, en particulier, dans le cas de Cunéo, les ganglions tenaient avec le péritoine.

Ce temps de l'extirpation des ganglions est certainement le plus important, et il faut suivre les

sages préceptes de Chevassu, en poussant le curage de la région lombaire jusqu'à ce que l'on voie nettement :

« A gauche, la gaine du psoas, sur laquelle il ne reste plus que l'urétére, entre l'aorte et le rein : à droite, la veine Cave, complètement visible et débarrassée de tout revêtement cellulo-adipeux, depuis son origine jusqu'à la voie renale.

Des deux côtés, le nettoyage doit se prolonger en dedans jusqu'à l'aorte. » (Chevassu, *Revue de Chirurgie*, 1910, p. 911).

Que tirer de ces diverses considérations sur les différents temps opératoires de la voie extra-péritonéale latérale ? Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ce que dit Dézarnauds dans sa thèse (p. 24-25), qui n'est qu'un résumé des avantages de la méthode, tels qu'ils ressortent de nos discussions précédentes :

« 1^o On peut enlever ainsi en masse la tumeur et sa chaîne ganglionnaire complète ; poursuivre le canal déférent aussi loin que possible ; l'artère spermatique jusqu'à son origine ;

« 2^o Elle permet d'éviter de blesser l'intestin, qui se relève aisément ; on n'opère plus dans un puits ; les organes se présentent facilement aux yeux de l'opérateur et on est surpris de voir la facilité avec laquelle on évolue dans cette zone dangereuse. »

RÉSULTATS

L'étude détaillée des différents temps opératoires que nous venons de faire dans le chapitre précédent, a montré les difficultés que pouvait présenter chacun d'eux et les moyens de les surmonter. Il en ressort, croyons-nous, que l'intervention préconisée est en somme facile en dehors des cas de généralisation avancée, cas dans lesquels d'ailleurs elle est nettement contre-indiquée. Cette même impression se dégage également à la lecture des observations où, à chaque instant, on voit les opérateurs insister sur le grand jour qui est donné sur la région opératoire, sur la facilité du décollement péritonéal, l'absence d'hémorragies, la facilité de l'extirpation ganglionnaire.

Il nous reste maintenant à mettre en lumière ce que l'on peut espérer de cette intervention.

1^o Suites opératoires. — Les suites immédiates, de l'aveu de la plupart des auteurs, sont le plus souvent bonnes,

Le malade est peu schoké (Michon, obs. XI; Howard, obs. XIV, etc.).

Seul Frédet le signale chez son opéré, il suffit de lire le détail de l'opération, pour en reconnaître les causes.

L'opération se fait relativement rapidement, 49 minutes (Gosset, obs. VI); 1 heure 10 (Delbet, obs. X); 1 heure (Howard, obs. XIV), et si l'on voit comme dans le cas de (Michel, obs. XIII; Morestin, obs. XII), le malade succombé, dans ce cas, en 48 heures, emporté par des phénomènes pulmonaires, c'est que l'opérateur avait affaire à un sujet taré, obèse et alcoolique.

C'est d'ailleurs à cette même cause qu'il faut rattacher les mauvais résultats obtenus dans notre cas : le malade était très amaigri et était albuminurique.

On ne saurait donc tirer de ces deux seuls cas des arguments en faveur de la gravité de l'opération.

Les suites sont ordinairement apyrétiques. On trouve signalée dans les observations de Cunéo (obs. II); Chevassu (obs. VIII); Delbet (obs. X), une suppuration légère le long de la suture. Il n'y a rien là de particulier, ce sont des accidents qui peuvent arriver à la suite de n'importe quelle intervention. Au point de vue de complications péritonéales possibles, nous n'avons pas trouvé un seul fait noté dans les observations; même, Frédet et Delbet, qui eurent des déchirures péritonéales assez étendues, ne notèrent aucun signe de réaction péritonéale.

Quant aux accidents, du côté des vaisseaux nous

avons vu ce qu'il fallait en penser ; l'opération est aisée et toute blessure ne peut arriver que grâce à une adhérence anormale des ganglions.

Delbet, qui fut obligé de faire une suture de la veine Cave, réussit parfaitement ; d'ailleurs, c'était là un cas exceptionnel qui ne doit pas nous arrêter.

En somme, suites opératoires des plus simples, ressemblant (Chevassu, obs. IX) « aux suites d'une cure radicale de hernie. »

Des objections plus sérieuses peuvent être faites contre l'intervention, au point de vue des conséquences éloignées.

On a prétendu que la longueur de la cicatrice exposait à l'événtration. Le fait paraît, au premier abord, théoriquement soutenable, Chevassu (*Revue de Chirurgie*), s'éleva contre cette opinion.

Le danger d'événtration, dit-il très justement, est bien diminué dans cette région latérale de l'abdomen, où la pression s'exerce bien moins fortement que vers la ligne médiane ; et il lui semble qu'une suture soignée, reconstituant un doublé plan musculo-aponévrotique, suffit à parer aux dangers d'événtration. (*Revue de Chirurgie*, p. 911).

Au moment où il écrivait ces lignes, il ne pouvait qu'émettre des arguments théoriques. Actuellement, nous pouvons dire que les faits ont corroboré ses dires, et l'étude des observations publiées, comme d'ailleurs, l'ensemble des résultats éloignés que nous publions plus bas, ne montre signalé aucun cas d'événtration.

On a noté cependant de la paralysie des muscles

de l'abdomen, due à la section d'un certain nombre de nerfs intercostaux, que l'on est obligé de faire.

Fredet note la gêne respiratoire que présenta son malade dans les jours qui suivirent l'intervention, gêne qui disparut d'ailleurs rapidement.

Or, notons que Fredet recourba en haut son incision le long du rebord costal, atteignant ainsi un grand nombre de filets nerveux.

Avec l'incision préconisée par Chevassu et que nous adoptons, incision s'arrêtant verticalement au niveau de la dixième côte, on risquera moins d'observer cette paralysie abdominale.

Le malade de l'observation IX de Chevassu présentait une zone d'anesthésie en avant de la cicatrice, et on nota une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du petit oblique et du transverse.

Aujourd'hui, comme nous le verrons plus loin, cette paralysie a complètement disparu.

Ces reproches seraient-ils fondés, que nous sommes convaincu, avec Chevassu, que ce ne serait pas là un argument suffisant contre l'intervention que nous défendons « si elle permet de sauver quelques cancers du testicule que d'autres méthodes laisseraient mourir. » (*Revue de Chirurgie*, 1910, p. 913).

Telle est maintenant, en effet, la question qui reste à étudier : Pouvons-nous guérir radicalement nos malades ?

D'après ce que nous a montré l'étude anatomique, nous pouvons déjà dire : Cela est possible.

En effet, comme le fait remarquer Chevassu :

« 1^o Le cancer est parfaitement encapsulé dans l'albuginée... aucun risque de récurrence locale ou cutanée :

« 2^o Les voies lymphatiques sont remarquablement isolées dans une gaine fibreuse ;

« 3^o Les ganglions sont étagés dans une zone nettement délimitée, où on sent et où on voit parfaitement les ganglions à enlever. » (*Revue de Chirurgie*, 1910, p. 913.

En est-il ainsi, en effet, au niveau du sein, par exemple ; le curage de l'aisselle n'est-il pas au moins aussi difficile que celui de la région lombaire ? Et cependant, on n'opère jamais précocement un cancer du sein sans procéder à ce curage ? Pourquoi donc ne pas le faire pour le cancer du testicule ?

Ce ne sont là, nous dira-t-on, que des considérations toutes théoriques.

Heureusement, nous pouvons apporter aujourd'hui des arguments de faits.

Quelques années déjà se sont écoulées depuis les premières interventions sur les ganglions lombaires et nous pouvons déjà envisager ce que peut donner cette intervention au point de vue des résultats éloignés. Livrons-nous donc, tout d'abord, à une courte statistique.

2^o *Résultats éloignés.* — Éliminant les interventions de Roberts, Villar, Mauclair, qui ne rentrent pas dans le cadre de celle que nous défendons ici, nous pouvons apporter en tout quinze observations

de malades opérés par la voie extra-péritonéale latérale.

Sur ces quinze cas :

Trois sont morts les jours qui suivirent l'opération (Morestin, Michel, Gayet), à la suite de phénomènes pulmonaires. Or, ces trois malades étaient des tarés : celui de Morestin était alcoolique et obèse ; celui de Michel, avait eu une pleurésie trois mois avant et présentait des accidents pulmonaires au moment de l'intervention. Enfin, celui du docteur Gayet, avait maigri de 15 kilos, était cachectique et albuminurique.

Disons donc de suite que chez les tarés, l'opération est très grave. Évidemment, chez un cancéreux voué à une mort certaine, a-t-on peut-être le droit de tout tenter. C'est là une question d'appréciation personnelle, mais qu'on ne vienne pas en tirer un argument contre l'intervention en général.

Les douze autres malades ont eu une convalescence normale et ont pu sortir de l'hôpital.

Chez *deux* de ces malades (Grégoire, obs. I et III), on est tombé sur des masses inextirpables.

Le premier vécut deux ans et demi, le deuxième mourut trois mois après.

On ne peut tirer aucune conclusion de ces deux cas, l'opération que nous préconisons n'ayant pu être menée à bout.

Dans *deux* autres cas (Grégoire, obs. IV, Fredet, obs. VII), il y eut récurrence.

Le premier mourut six mois après, de cancer du poumon : la barrière ganglionnaire avait donc été

franchie avant l'intervention ; qu'en conclure, sinon l'indication d'opérer précocement.

Le deuxième présenta six mois après, une récurrence au niveau d'un ganglion préaortique qu'il avait été impossible d'extirper, là encore, l'intervention n'avait pas été assez précoce.

Il nous reste donc huit cas où l'opération a pu être faite complètement, suivant les règles édictées plus haut.

Le malade de Cunéo, un italien, est retourné dans son pays et on a pu retrouver sa trace.

Nous n'avons pu avoir de nouvelles de celui du professeur Delbet.

Celui d'Howard a quitté l'hôpital en bon état, dix-huit jours après l'opération ; ce cas est trop récent pour nous donner des renseignements.

Nous avons pu nous procurer des nouvelles des cinq autres. MM. les professeurs Chevassu, Gosset, Michon, Bland Sutton, ont montré un empressement nous leur serons toujours reconnaissant, à donner des nouvelles récentes de leurs opérés.

Voici ce que nous écrit Chevassu, pour ses deux opérés, qu'il a convoqué fin janvier 1911, pour nous répondre :

« E. R. (obs. VIII), opéré le 7 juillet 1909, est venu à Necker, le 22 janvier 1911. L'état général est parfait. Le malade pèse actuellement 126 kilogs, (il pesait 118 au sortir de l'hôpital.) Impossible de faire aucune palpation fine sur son volumineux abdomen ; en tous cas, on ne perçoit rien d'anormal nulle part.

La cicatrice est en excellent état, sans trace

d'éventration. Le malade fait, *comme autrefois*, son métier de menuisier, qui est, paraît-il, très pénible et nécessite de gros efforts. »

« C.-R. (Obs. IX) opéré le 6 novembre 1909 est venu à Necker, ce matin même 31 janvier 1911. L'état général est parfait ; le malade prétend avoir engraisé de cinq kilogs depuis l'opération. Il remplit comme auparavant ses fonctions d'ailleurs peu fatigantes de bibliothécaire dans une école. »

Localement rien d'anormal. Cicatrice parfaite ; aucune trace d'éventration. Les deux côtés de l'abdomen sont semblables au repos comme au mouvement. La zone d'anesthésie située en avant de la cicatrice a complètement disparu. »

Le docteur Gosset, chirurgien des hôpitaux de Paris, nous écrit en date du 12 février : « J'ai revu mon opéré il y a exactement un mois ; il va parfaitement sans aucune trace de récurrence. »

Du docteur Bland-Sutton, chirurgien au Middlesex Hospital : « Mon malade était en excellent état en décembre 1910. » Rappelons que ces opérations dataient celle de Gosset du 6 février 1909, celle de Bland-Sutton de septembre 1909.

Enfin, le docteur Michon, chirurgien des Hôpitaux de Paris, qui fit son opération le 29 janvier 1910, nous répond : « J'ai revu mon malade fin décembre 1910. Il était en bonne santé et ne présentait aucune trace de récurrence. »

Ainsi des cinq malades dont nous avons pu avoir des nouvelles aucun ne présente de récurrence ; tous ont un bon état général et ne marquent aucune

tendance à l'éventration. Ces faits parlent d'eux-mêmes ; certes les interventions sont encore trop récentes pour se faire une conviction ferme sur les résultats éloignés.

Cependant le malade de Gosset est encore vivant après deux ans, ceux de Chevassu après vingt mois et dix-sept mois, celui de Bland-Sutton dix-huit mois, celui de Michon treize mois.

Or, rappelons ici, un fait particulier que releva Chevassu dans ses statistiques : sur treize séminomes opérés, bien portant un an après, douze l'étaient encore quatre ans après, pouvant être considérés comme guéris. Ce fait tendrait à montrer que lorsque les guérisons dépassent un an elles seraient définitives. Que ne pouvons-nous donc pas espérer pour ces cinq malades, tous en bon état, plus d'un an après l'intervention.

En résumé, si dans les quinze observations dont nous disposons, nous éliminons les trois cas de mort de suites d'opérations chez des malades tarés et les quatre cas où l'opération fut trop tardive ou ne put être faite complètement, il nous reste huit cas de malades opérés par la méthode Chevassu que nous défendons ici et où l'opération fut faite complètement et qui tous, en faisant des réserves pour les malades de Cunéo et Delbet, sont actuellement bien portants.

Mais de notre statistique même, il résulte que l'intervention n'est pas propice dans tous les cas.

On nous fera certainement, d'abord une première objection : dans des cas, tels que celui de Chevassu,

(Obs. IX) où l'on ne trouve pas de ganglion, cette grosse intervention était-elle utile et la castration simple n'aurait-elle pas suffi ?

A cette interrogation, il suffit de répondre par une autre : comment pouvait-on connaître le non-envahissement des voies lymphatiques avant de faire l'intervention ? Et hélas ! il faut répondre avec Chevassu qui s'est livré à de nombreuses recherches sur ce sujet, qu'il n'existe aucun signe nous permettant de faire cette appréciation ; dans les deux cas où Grégoire tomba sur des masses inextirpables, il n'avait pourtant rien senti au palper abdominal ; et on voit dans de nombreuses observations, que souvent ce n'étaient pas les ganglions hypertrophiés qui étaient le siège de la généralisation, mais au contraire de tous petits.

En l'état actuel de nos connaissances, il faut donc se résigner à procéder, dans tous les cas à à l'extirpation ganglionnaire, du moins toutes les fois qu'on le peut.

Pourquoi faisons-nous cette restriction : c'est que si, d'après l'étude que nous avons faite, nous voulons opérer rationnellement, si, par conséquent, dans le traitement du cancer du testicule, l'indication est formelle de procéder à l'extirpation ganglionnaire, il y a aussi des contre-indications à cette intervention.

1^o Tout d'abord, il y a des malades à qui l'état organique ne permet pas de supporter une intervention d'une telle importance, ce sont les pulmonaires, les néphritiques, les alcooliques invétérés,

bref, tous les tarés, en général, chez qui nous avons vu les tristes résultats obtenus. Cependant, la contrindication n'est pas formelle : chez un cancéreux voué à une mort certaine on a le droit de tout tenter.

2^o De plus, l'étude des différentes observations fait bien ressortir la vérité de la règle que pose Chevassu : « L'existence d'une masse néoplasique cliniquement appréciable au niveau de la région lombaire devra être considérée comme une contrindication formelle.

Pour le professeur Delbet, la contrindication n'existerait pas si l'on ne constate qu'une tumeur iliaque. « Peut-être même, dit-il, est-ce là une circonstance favorable. Le reticulum lymphatique est une sorte de piège à cellules cancéreuses. Elles y sont captées, et pour un temps, l'extension lointaine est arrêtée. » (Rapport à la Société de Chirurgie, 2 mars 1910).

Il n'y a aucun fait d'observation pour ou contre cette assertion.

En tous cas l'opération en sera plus difficile et il semble que l'on pourra redouter au moins une récidence locale comme ce fut le cas pour Fredet (Obs. VII). Nous ne pouvons donc émettre sur ce point particulier de règles absolues.

Arrivé à la fin de notre travail il nous semble que nous pouvons exprimer notre conviction que l'extirpation des ganglions lombaires et du paquet spermatique, améliorera le pronostic des interventions pour cancer du testicule.

A Chevassu revient tout le mérite d'avoir fixé les règles de cette intervention. Par sa persévérance il a su conquérir à ses idées beaucoup de chirurgiens des plus réputés.

Les résultats éloignés que nous avons apportés viennent aujourd'hui confirmer pleinement ses vues et nous permettent d'espérer que, comme pour les cancers des autres organes, on n'opérera bientôt plus le cancer du testicule que par la méthode de Chevassu.

OBSERVATIONS

Voici maintenant les quinze observations sur lesquelles est basé notre travail onze de ces observations ont été publiées dans l'article de Chevassu dans la (Revue de Chirurgie 1910). Nous n'insisterons ici que sur les points particuliers que présente chacune d'elles.

Nous y ajoutons l'observation ancienne de Mores-tin, celles de Michel et d'Howard publiées récemment la première dans le bulletin de la Société de Chirurgie 1910, la deuxième dans (The Lancet) ; enfin, l'observation due à l'extrême obligeance du docteur Gayet, à laquelle nous joignons un dessin représentant le paquet spermatique et les ganglions extirpés au cours de l'intervention.

OBSERVATION I

(Chevassu, in Th. Paris, 05-06, p. 482)

PREMIÈRE OBSERVATION DE GRÉGOIRE

X..., 33 ans, entre à Bichat porteur, depuis huit mois, d'un testicule droit volumineux et douloureux. Léger amaigrissement. Diagnostic : cancer. — Rien à la palpation abdominale.

Opération le 20 avril 1903. — 1° Incision scrotale ; ouverture de la vaginale ; isolement du cordon ; ablation de la tumeur.

2° Position dorso-latérale cambrée. Incision latérale curviligne partant du canal inguinal, longeant l'arcade crurale et arrière des fausses côtes se recourbant pour suivre le rebord costal. Incisions des divers plans. Décollement péritonéal, reclinement de la masse intestinale : on voit alors de gros ganglions mous fusionnés entre eux, cachant la V. cave. Les vaisseaux spermatiques se perdent dans cette masse; il n'y avait cependant pas de varicocèle. L'uretère seul est resté isolé. On ne peut enlever que le ganglion le plus inférieur, dans le but d'examen.

Opération peu sanglante ; on ne fait que quelques rares ligatures.

Suture à deux plans de la paroi.

Le malade sort le 18 mai avec un léger œdème des jambes et un état général précaire. La masse lombaire n'est pas palpable.

Le 9 novembre : bon état général, malade a engraisé, fait son travail. Région épigastrique douloureuse. Veines sous cutanées dilatées, à gauche de l'abdomen surtout. La masse lombaire dure est devenue palpable.

Octobre 1907 : décès deux ans et demi seulement après l'intervention.

Examen Anatomo-Patholog (Chevassu) :

La tumeur est un épithélioma séminal. *Le ganglion* du volume d'une petite noix, montre un envahissement par les grosses cellules de l'épithélioma séminal, Beaucoup de points du ganglion ne présentent encore aucun envahissement.

OBSERVATION II

(In Th. Dezaunaulds, Paris 1906, p. 33)

OBSERVATION DE CUNEO

X..., 26 ans, italien entre pour tumeur du testicule gauche. Orchite gauche blennorragique, il y a 6 ans. Nie la syphilis. Début de l'affection actuelle il y a 7 ans. Le traitement mercuriel ne donne aucun résultat. Amaigrissement de 7 à 8 kilos. L'examen fait penser à une pachyvaginalite.

Rien à la palpation abdominale ni au toucher rectal.

Première intervention le 11 avril 1906 : on trouve : vaginale saine, gros testicule lourd, qui fait penser à une tumeur du testicule. On referme la plaie.

Deuxième intervention le 26 août 1906 : incision débutant au scrotum suivant le canal inguinal, passant à 1 centimètre en dedans de la crête iliaque, puis se dirigeant vers la fosse lombaire pour s'arrêter à 2 ou 3 centimètres de la douzième côte.

Ablation de la tumeur, dissection du cordon, décollement du péritoine pariétal, reclinement et on suit l'artère spermatique, qui amène sur des ganglions hypertrophiés dont l'un kystique adhérent au péritoine, que l'on enlève après dissection, d'ailleurs facile. Ligature de l'artère spermatique au ras de la rénale. On enlève quelques gros ganglions iliaques. d'ailleurs facile. Ligature de l'artère spermatique au ras de la rénale. On enlève quelques gros ganglions iliaques. Sutures et drainage à cause de l'ouverture du ganglion

Bonnes suites opératoires : quelques points de suppuration le long de la suture. Paroi abdominale solide ; cicatrice superbe.

Ablation des fils le dixième jour ; le malade se lève le vingtième et sort guéri le 6 septembre.

Revu trois mois après en excellent état ; pas de trace d'éventration ni de récidence. Il a engraisé.

Examen histologique (Broc).

Tumeur du type des embryonnes, tumeur mixte avec prédominance des éléments cartilagineux, présentant également des kystes épithéliaux.

Examen : 1° de deux ganglions lombaires, l'un est sain et simplement hypertrophié ; l'autre, kystique, et dans la paroi du kyste on rencontre des cellules ressemblant à celles des cavités kystiques de la tumeur ; 2° d'un ganglion iliaque hypertrophié, mais sain.

OBSERVATION III

(Chevassu, in *Rev. de Chir.*, 1910, p. 654)

DEUXIÈME OBSERVATION DE GRÉGOIRE

B... J..., 42 ans, entre à Bichat pour grosseur à la bourse droite, datant de 18 mois.

Tumeur ovoïde indolore ; cordon infiltré épaissi ; rien au palper abdominal ni au toucher rectal.

Opération, le 8 avril 1907 : 1° castration après section du cordon au niveau de l'orifice inguinal.

2° *Temps abdominal*, incision (identique à celle de l'observation I) de la paroi jusqu'au péritoine. Décollement péritonéal. Un coup de doigt maladroit perfore la séreuse qui est refermée de suite par un court surjet au catgut. Aucune hémorragie pendant ce décollement que l'on poursuit jusqu'en avant de la colonne. Autour de la V. cave on constate une masse dure, irrégulière, collée contre le plan profond auquel elle adhère intimement. Cette masse néoplasique cache la veine cave et s'étend du hile du rein jusqu'au détroit supérieur. L'extirpation serait impossible ; on enlève un morceau de la masse pour l'examiner. On referme la paroi par deux plans de sutures, avec drainage dans l'angle inférieur.

Suites opératoires normales : le malade quitte l'hôpital les premiers jours de mai.

Deux mois après, juillet 1907, il entre dans le service du docteur Talamon : amaigrissement considérable. Ventre distendu, sillonné par des V. énormes. On sent, au devant de la colonne, une masse considérable que cache à peine une ascite abondante. Membres inférieurs gonflés d'œdème donnant l'impression de membres d'éléphants. Finalement il cessa d'uriner et mourut dans les derniers jour du mois.

Examen histologique : 1° la tumeur est un seminome ; 2° le morceau pris au niveau de la masse lombaire ne rappelle en aucun point la structure ganglionnaire, mais est entièrement formé de cellules absolument semblables à celles de la tumeur principale ; 3° enfin, au niveau de la portion funiculaire du cordon spermatique, on voit au milieu des vaisseaux un noyau néoplasique, identique aux précédents, de la dimension d'un grain de chenevis.

OBSERVATION IV

(In *Rev. de Chirurg.*, 1910, p. 656)

TROISIÈME OBSERVATION DE GRÉGOIRE

Marcel M..., 21 ans, vigoureux, entre à Lariboisière pour augmentation de volume progressive de son testicule droit remontant à 18 mois. Tumeur du volume d'un gros œuf, arrondie, à peu près régulière, indolore. Cordon gros infiltré. Rien au palper abdominal, léger amaigrissement, aucun résultat du traitement mercuriel.

Opération le 19 avril 1908. — Incision d'une seule pièce allant du rebord costal au scrotum.

Décollement péritonéal. Reclinement ; libération de l'urètre ; dissection de la V. cave à la sonde cannelée. On voit facilement une chaîne de quatre ganglions allongés, d'apparence normaux. Un cinquième ganglion est trouvé au point de bifurcation de V. iliaque primitive. On les isole en bloc avec le tissu cellulaire intermédiaire. Deux de ces ganglions émettaient par leur face profonde des veinules allant à la V. cave que l'on lia avant l'extirpation. Enfin, un dernier ganglion est enlevé au niveau de la bifurcation aortique, bien que d'apparence normale, pour se rendre compte de sa nature histologique.

La plaie latérale est refermée sans drainage.

2° Le malade est alors replacé sur le dos, le scrotum incisé et la tumeur enlevée sans ouvrir la vaginale. La plaie scrotale est fermée après une hémostase soigneuse sans drainage.

Suites opératoires : normales ; réunion par première intention. Le malade sort le 2 mai 1908.

Revu le 15 juin 1908, tout à fait bien portant. Mort six mois plus tard, de cancer du poumon.

Examen histologique. — 1° Tumeur : *Diagnostic :* Embryome dégénéré ; neuro-épithéliome.

2° *Ganglions.* — Sur les six ganglions, un seul est le siège d'une métastase cancéreuse : c'est celui qui siégeait au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. Il existe à sa partie moyenne un noyau à coloration foncée formé de cellules rapelant celles de l'épithélioma séminal.

Autres ganglions normaux : à noter seulement l'épaississement du réticulum des follicules lymphatiques.

(Un mot pour faire remarquer les particularités que pré-

sentent les lignes d'incision employées par Grégoire : dans ses deux premières observations, il la fait se recourber en haut, suivant le rebord costal. Dans sa troisième observation, il modifie la technique dans un but aseptique, procédant d'abord au temps abdominal. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de cette méthode.

Dans l'observation suivante, on verra que l'auteur insiste sur les précautions aseptiques à prendre entre les deux temps, scrotal et abdominal.)

OBSERVATION V

OBSERVATION DE BLAND SUTTON

X..., 31 ans, entre en septembre au Middlesex-Hospital pour augmentation de volume de son testicule droit datant de février 1909. Diagnostic : tumeur maligne.

Opération. — 1^{er} temps : Ouverture large du scrotum ; incision exploratrice confirmant le diagnostic. Isolement du cordon ; résection d'une partie de la peau scrotale ; enveloppement du testicule dans de la gaze sérialisée. On change de gants après un lavage soigné des mains et on passe au deuxième temps.

2^e temps : Large incision abdominale au niveau de la ligne semi-lunaire. Décollement et réclinement péritonéal. Isolement et ligature du canal déférent, puis du paquet spermatique au niveau de la V. cave. A ce moment, on voit bien toute la région lombaire sous-péritonéale. On trouve un ganglion sur la V. cave inférieure, au niveau de la troisième lombaire. Bien que de la dimension d'une fève, son ablation fut facile. On recherche minutieusement, mais sans succès, d'autres ganglions. Il n'y eut pas d'autres vaisseaux à lier au cours de l'intervention que ceux de la paroi et les vaisseaux spermatiques.

Suture de la paroi, à plans séparés, à la soie. Drainage pendant vingt-quatre heures.

Suites apyrétiques, convalescence très rapide, le malade quitte l'hôpital 17 jours après l'intervention.

Examen microscopique : *du ganglion* (Somerville Hastings) permet d'y déceler des kystes tapissés par un épithélium cubique ou cylindrique, parfois même stratifié.

La tumeur scrotale était formée par un néoplasme kysti-

que occupant l'espace compris entre l'épididyme et le corps du testicule.

Les formations epitheliales sont identiques dans la tumeur testiculaire et le ganglion extirpé.

OBSERVATION VI

(In *Bull. Soc. Chirurg.* 1910, p. 243)

OBSERVATION DE GOSSET

D..., 32 ans, relieur, entre le 30 décembre 1908 hôpital Neker pour tuméfaction du testicule gauche, datant de trois mois et demi. En deux mois, est devenue de la grosseur d'un œuf de poule.

Le testicule et l'épididyme forment une masse unique mal délimitée.

Une palpation soigneuse ne révèle rien au niveau du cordon ni de la fosse iliaque, ni de la région lombaire.

Rien au toucher rectal. Pas d'antécédents syphilitiques. Rien aux divers organes. Urines normales.

Un traitement mercuriel pendant trois semaines ne donne aucun résultat.

Opération 6 février 1909. — Ablation du testicule gauche. Une coupe faite immédiatement par les docteurs Herrenschildt et Chevassu montre qu'il s'agit d'un epithelioma du testicule. On place alors le malade sur le côté droit avec un billot dans l'intervalle costo-iliaque droite.

Incision partant du canal inguinal parallèle à l'arcade curiale passant un peu en dedans de l'ep. il. ant. sup. et aboutissant au rebord costal inférieur sur lequel elle empiète au niveau de la ligne axillaire antérieure. Les trois muscles sont incisés ; on procède au décollement, du reste très facile, du péritoine qui est repoussé vers la droite avec toute la masse intestinale.

Revenant au cordon, on sectionne le déférent au niveau du détroit supérieur. Puis on suit les vaisseaux spermaticques. On est ainsi conduit d'abord sur trois ganglions placés au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive : on les enlève.

Continuant à décoller les vaisseaux spermaticques, on arrive au hile du rein gauche. On trouve dans cette région trois ganglions superposés dans le sens vertical, hypertrophiés,

et dont le moyen, du volume d'une noisette, est particulièrement induré. On enlève un quatrième ganglion le long de l'urètre, à cinq centimètres du pédicule rénal.

Trois ligatures au catgut sur de petits vaisseaux péri-rénaux. Suture de la paroi, drainage.

Durée de l'opération : 49 minutes.

Quantité de chloroforme : 33 centimètres cubes.

Suites opératoires des plus simples ; le malade s'est levé au quinzième jour.

Revu dix mois après l'opération, l'état local est satisfaisant : aucune trace de récurrence ganglionnaire.

Examen histologique : Tumeur très homogène molle, composée presque entièrement de cellules et de très peu de tissu de soutien ; quelques travées conjonctives ramifiées contenant des vaisseaux ; on distingue en outre des amas lymphoïdes. Il s'agit d'un séminome (Chevassu).

Ganglion iliaque : aucune invasion néoplasique.

Ganglions lombaires : sont tous envahis par la périphérie, par les mêmes cellules néoplasiques que celles de la tumeur.

OBSERVATION VII

(*Bulletin Soc. Chir.* 1910, p. 245)

OBSERVATION DE PIERRE FREDET

Homme de 27 ans, service du docteur Arrou, présentant signes classiques d'un néoplasme du testicule gauche. On sent dans la fosse iliaque une masse dure et immobile ; rien à la palpation lombaire. Pas d'antécédents syphilitiques, ni tuberculeux.

Opération le 24 avril 1909. — 1^{er} temps : castration, section du cordon, rejet du testicule qui, examiné, présente nettement l'apparence d'un néoplasme.

2^e temps : Incision remontant vers l'épine iliaque ant. sup., puis devient verticale, atteint les fausses côtes et suit enfin le rebord costal jusqu'au bord externe du grand droit. Section des muscles, hémostase. Dans la partie haute de la brèche, le décollement péritonéal provoque une petite déchirure immédiatement réparée.

Dans la partie basse, l'isolement est rendu difficile au niveau de la fosse iliaque à cause d'une adhérence correspondant à la masse sentie lors de l'examen, entre la lame

spermatique et le péritoine. On est obligé de reséquer un large segment péritonéal jusque sur le bord du côlon iliaque, dont il faut enlever la musculieuse sur une petite étendue. Ce trou péritonéal est bouché assez péniblement au catgut. Le canal déférent est alors lié dans le petit bassin. Chemin faisant, on enlève un ganglion sain entre l'artère et la V. iliaque externes.

Ceci fait, le péritoine entraînant l'urètre est refoulé en dedans avec la masse intestinale. La lame spermatique est volumineuse, on y sent plusieurs noyaux durs.

La V. spermatique est liée et sectionnée au ras de V. rénale, l'artère à son origine sur l'aorte. A ce niveau, un ganglion isolé est enlevé. La région est parfaitement nettoyée entre la V. rénale et l'aorte. Le doigt sent, au devant de l'aorte, une masse arrondie, dure, du volume d'une amande, correspondant vraisemblablement à un ganglion préaortique. Mais l'adhérence est si intime avec l'aorte qu'on arracherait celle-ci plutôt que d'amener la masse suspecte. On est donc forcé de l'abandonner.

Section de la paroi, drainage.

En somme, l'opération a permis d'extirper tout le mal apparent, sauf une masse suspecte préaortique. Cette intervention aurait été facile sans l'adhérence du cordon des vaisseaux et de la masse y contenue, au péritoine et au côlon.

Suites : Le malade a semblé assez choqué. Le soir, Temp. 36° 4, pouls 72. 400 grammes de sérum. Dès le lendemain, amélioration : le malade rend des gaz, urine. Néanmoins, nous avons été frappés par la grande gêne respiratoire pendant les premiers jours. Ceci peut être dû aux lésions du plexus solaire, mais nous semble plutôt provenir de la paralysie de toute la moitié droite de la paroi abdominale due à la section énorme qu'on est obligé de faire.

Durant la même période, les évacuations intestinales étaient des plus difficiles.

Convalescence rapide ; le malade se lève le quinzième jour.

Le 19 mars, il pèse 64 kilogs.

Le 23 juin, bon état, poids : 72 kilogs.

En novembre : bon état général, mais il se plaint de douleurs lombaires. A la palpation, on trouve une masse dure fixée aux plans profonds au niveau de la fosse iliaque, en dedans de l'épine (c. a. d. dans la région où existait un noyau adhérent au péritoine et au côlon).

Très haut, au-dessus de l'ombilic, on sent une masse prévertébrale tenant aux plans profonds et débordant surtout à

gauche (c. a. d. dans la région du ganglion préaortique qu'il avait été impossible d'extirper).

Examen des pièces : Testicule : aucune trace de glande saine ; tumeur présentant les caractères d'un séminome.

Masse iliaque : mêmes caractères que la tumeur testiculaire ; on n'a pas trouvé trace de tissu ganglionnaire.

Ganglion juxta-aortique : en partie indemne, en partie présentant les caractères de la tumeur testiculaire.

OBSERVATION VIII

(In *Rev. de Chirurg.* 1910, p. 887)

PREMIÈRE OBSERVATION DE CHEVASSI

E. R., 42 ans, entre le 3 juillet 1909 à Saint-Louis. Depuis deux ans et demi, le malade remarque une augmentation de volume de son testicule droit. Antécédents syphilitiques très nets ; en mai 1909, traitement spécifique qui ne donne aucun résultat.

A l'examen, on constate l'existence d'un gros testicule enfoui sous un hydrocèle ; pas de transparence ; cordon difficile à palper. Le testicule gauche est normal. Exploration de l'abdomen impossible : le malade pèse 107 kilogs ; on ne sent rien d'anormal. Etat général parfait ; on ne trouve aucune autre lésion organique. Malgré les antécédents syphilitiques, vu l'échec du traitement, on fait le diagnostic de néoplasme et on se décide à intervenir le 7 juillet 1909.

1^{er} temps : Incision inguino-scrotale, énucléation de la tumeur, ouverture de la vaginale d'où s'écoule du liquide jaune brun ; énucléation du testicule qui est énorme. Un coup de bistouri, fendant légèrement la face antérieure, permet de faire reconnaître un séminome caractéristique. Le testicule est enveloppé dans son champ, ligature et section du pédicule entre deux pinces ; rejet de la tumeur.

Rejet des instruments qui viennent de servir, ainsi que des compresses ; nouveau lavage des mains, et on place le malade sur le côté gauche, un coussin refoulant le flanc gauche.

2^e temps : Incision abdominale partant du rebord thoracique au niveau de la ligne axillaire, descendant verticale jusqu'à deux centimètres de la crête iliaque, s'inclinant alors en avant et en dedans, parallèlement à l'arcade crurale pour aller rejoindre l'incision inguino-scrotale. On traverse successivement une couche de graisse de cinq centimètres, puis

les muscles qui saignent abondamment. Précautions en arrivant sur le péritoine : section de la dernière couche musculaire sur un doigt qui décolle de bas en haut le péritoine. D'ailleurs, dans ce cas, l'épaisseur de la couche graisseuse sous-péritonéale rendait le péritoine facile à éviter. La main, glissant dans le tissu cellulaire, amène le décollement péritonéal.

Isolement du cordon en le suivant de bas en haut en l'isolant à la fois du sac péritonéal, qu'on relève progressivement, et du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Section entre deux pinces du pédicule déférentiel au niveau du détroit supérieur ; on s'assure qu'il n'y a pas de ganglion perceptible vers la partie supérieure des vaisseaux iliaques externes, puis remontant derrière le cæcum, le côlon, que l'aide récline dans leur sac péritonéal, on atteint le pôle inférieur du rein.

Entre le rein récliné par un aide, en dehors, et le sac péritonéal par un autre, en dedans jusque vers la ligne médiane, on voit parfaitement la région opératoire : immédiatement en dedans du rein, l'uretère ; plus en dedans, une masse d'aspect graisseux, dure au toucher, ovoïde, haute de quatre centimètres environ, qui semble être certainement un volumineux ganglion qui masque complètement la V. cave inférieure.

Avec d'infinies précautions, je le décolle du bout de l'index, de bas en haut ; il se laisse soulever peu à peu, bientôt son décollement est facile ; il est enfin libéré sans qu'aucune hémorragie appréciable se soit produite. On voit maintenant la V. cave dont la face antérieure est dénudée sur une hauteur de quatre bons centimètres. Je continue à écarter au-dessous de cette zone la graisse qui recouvre la V. cave ; je descends jusqu'au niveau de la bifurcation de l'aorte sans avoir rien vu ni senti d'anormal.

En dehors, au contact du rein certains lobules de graisse présentant une consistance anormalement ferme, sont enlevés avec le doigt. Il semble à ce moment qu'il ne reste plus rien que de normal dans la région. Je me décide alors à sectionner le cordon entre deux pinces, après l'avoir divisé en deux pédicules, l'un allant devant la V. cave, l'autre remontant en dehors d'elle, vers le hile du rein. Je n'ai pas cherché à lier séparément l'artère et la V. spermatique : le pédicule que j'avais isolé formait en dedans du rein une lame graisseuse assez diffuse. Double ligature au catgut.

Le cordon une fois sectionné, je découvre un nouveau ganglion situé au-dessus et à gauche du précédent, de mêmes

dimensions et de même consistance, à cheval sur la V. cave et l'aorte. Je le décolle au doigt, avec les mêmes précautions que le premier, mais plus difficilement, car les adhérences sont plus intimes ; j'y arrive cependant sans aucune hémorragie. La V. cave se trouve alors dénudée sur une hauteur de dix centimètres, dans la région qui correspond à la moitié inférieure du rein et sur toute sa largeur. On ne sent rien d'anormal plus haut. Rien ne saigne dans la profondeur. On cesse l'écartement : tout rentre en place. Ligature des vaisseaux de la paroi musculaire. On met un drain s'avancant dans la profondeur, quoique à une certaine distance de la V. cave.

Suture de la paroi musculaire, en deux plans successifs de gros catguts. Suture de la peau, pansement. Le malade est remis dans la position dorsale pour la suture de la partie inférieure. Je constate alors dans la zone iliaque, directement en arrière de l'arcade curiale, plusieurs ganglions assez gros et durs, étagés parallèlement aux vaisseaux iliaques externes. J'enlève le plus inférieur de ces ganglions pour l'examiner ; j'estime d'ailleurs *a priori* que ces ganglions bas situés ne sont pas néoplasiques. Suture de la musculature inguinale en un seul plan. Fermeture du scrotum dans lequel on place un petit drain.

Suites opératoires : pas de température, pouls un peu faible. Le 9 juillet, on refait le pansement souillé par les urines. Pendant six jours, la température oscille entre 37° 3 et 37° 8 et même 38° ; le pouls retombe autour de 80. L'élévation de température est attribuée à l'infection par les urines. On enlève les fils successivement du 10^e au 15^e jour.

Le malade se lève au bout d'un mois, et sort guéri le 28 août, pesant 118 kilogs.

Présenté à la Société de Chirurgie en parfait état, le 1^{er} décembre 1909.

Examen des pièces : La tumeur est reconnue être un séminome.

Deux au moins des ganglions présentent un début d'envahissement néoplasique : ce sont ceux qui se trouvaient à cheval sur la V. cave et l'aorte, enlevés en second lieu. Le ganglion situé sur la V. cave présente des stigmates d'inflammation interne empêchant d'y déceler des cellules à aspect franchement néoplasique.

Le ganglion iliaque, qui avait semblé volumineux, n'était qu'un ganglion étroit allongé, mal limité, entouré d'une épaisse couche de graisse et envahi par une sclérose intense, sans trace d'élément néoplasique.

Un nodule de la graisse périrénale n'a rien montré d'anormal non plus à l'examen microscopique.

OBSERVATION IX

(*In R. de Chir. 1910, p. 893*)

DEUXIÈME OBSERVATION DE CHEVASSU

C... R..., 31 ans, vient à Beaujon, le 2 novembre 1909, porteur d'une tumeur du testicule gauche, apparue en août 1908, ni blennorrhagie, ni syphilis antérieur. Trois médecins consultés diagnostiquent successivement un effort, puis un varicocèle, enfin un hydrocèle. Le diagnostic était délicat, enfin, on fit celui de « gros testicule » et on pratiqua l'opération le 6 novembre 1909.

1° Incision scrotale gauche, isolement de la masse, ouverture de la vaginale : les feuillets en sont tellement minces et souples, l'albuginée tellement lisse que toute idée de syphilis est écartée, et on se décide à rechercher les ganglions sans ouvrir la tumeur testiculaire.

Incision abdominale (comme dans sa première observation). Décollement du sac péritonéal ; le cordon lui est adhérent en bas : je donne à cet endroit un coup de bistouri et je détache ainsi facilement la lame spermatique, section du canal déférent. Je continue le décollement et arrive ainsi dans la région intéressante. La lame spermatique forme en quelque sorte le couvercle d'une gouttière, limitée en dehors par le rein, en dedans par l'aorte, en haut par l'artère rénale ; au fond est le psoas revêtu d'une très légère couche de graisse dans laquelle descend l'uretère : le tout est parfaitement visible. Je cherche en vain à y distinguer des ganglions, on ne voit que des lobules graisseux et le doigt ne constate aucune induration. Je lie alors avec un seul catgut le paquet spermatique à son origine. J'enlève le peu de graisse qui reste entre le rein et l'aorte. En somme, je n'ai pas trouvé trace du moindre ganglion lymphatique.

Je m'assure encore qu'il ne reste rien d'anormal depuis la bifurcation jusqu'aux vaisseaux rénaux ; tout est souple.

J'éponge un peu le sang qui s'est accumulé au fond de la plaie. On remet tout en place. Drainage, suture.

Suites opératoires : des plus simples, identiques à celles d'une cure radicale de hernie. La température n'a jamais dépassé 37°8, ni le pouls 37°2. Drain enlevé après quarante-

huit heures. Il avait donné passage à une assez grande quantité de sang. Fils enlevés le dixième jour ; réunion excellente. Le malade se lève le vingtième jour et part le vingt-troisième. Présenté à la Société de Chirurgie le 1^{er} décembre 1909, 26 jours après l'opération, en parfait état.

Examen des pièces : l'aspect de la tumeur est dans tout les points celui d'un banal séminome. Rien d'anormal dans le cordon.

OBSERVATION X

(In *Bull. Soc. Chir.* 1910, p. 252)

OBSERVATION DE PIERRE DELBET

Homme 43 ans, fièvre typhoïde en 1891, syphilis en 1894, éprouve en décembre 1908 une sensation de gêne dans la bourse droite. Traitement spécifique : aucun résultat.

En mai 1909, entre au Val-de-Grâce où on l'opère d'une hydrocèle : la tumeur diminue d'un tiers

A ce moment, deux séries d'injections d'huile grise amènent une légère diminution.

Entre à Necker le 7 février 1910 avec une tumeur du volume d'un œuf d'autruche.

Le leuco-diagnostic fut négatif : le diagnostic de cancer est abandonné et on intervient le 14 février 1910.

Incision de la peau ; ponction de la vaginale ; issue de sang rutilant ; castration ; à l'examen on fait le diagnostic de tumeur mixte dégénérée. Rien n'étant palpable dans la fosse iliaque ni l'abdomen, nouvelle intervention les 18 février 1910 pour extirpation ganglionnaire. Il y avait une bande de sphacèle sur le scrotum : on l'isole soigneusement dans des compresse. Incision partant un peu au-dessus du canal inguinal, passant en dedans des fausses côtes, devenant verticale pour s'arrêter au rebord costal.

En traversant la paroi aponévrotique et musculaire, il fallut faire quelques ligatures.

Le décollement péritonéal fut facile et remarquablement exsangue. Recherche, en bas du moignon, du cordon que l'on touche au thermo-cautère et on le décolle, en remontant, du péritoine. Immédiatement au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal des adhérences nécessitèrent quelques coups de ciseaux sur des tractus fibreux. Le décollement fut délicat, mais je pus le mener à bien ; le péritoine était si mince qu'on voyait le cæcum à travers. Malgré toutes les précautions au

moment où l'on dû recliner plus fort, une rupture se produisit et les anses intestinales firent irruption dans la plaie. Ligature et section du canal déférent à son entrée dans le petit bassin. Aucun ganglion au niveau des vaisseaux iliaques. Au-dessous du pédicule rénal, on trouve deux épaississements. L'un se détache facilement (on vit plus tard que ce n'était pas un ganglion). L'autre, qui était bien un ganglion, adhérait à la V. cave ; je le libérais à la sonde cannelée et je vis une veinule qui s'en détachait. Au moment de la ligature, un jet de sang, de cause ignorée, jaillit de la V. cave, on y vit une perforation arrondie de la grosseur d'un plomb de chasse n° 7, qui fut fermée par un surjet à la soie fine.

Le décollement fut continué en haut ; l'angle du côlon ascendant et transverse fut peu facile à recliner, je n'eus pas de trop de deux aides. On voit alors nettement le pédicule rénal et le paquet spermatique qui passait au devant de lui ; je liai ce dernier, veine, puis artère, et j'enlevai d'une seule pièce toute la lame spermatique. Suture de la déchirure péritonéale qui mesurait bien 7 centimètres. Je pus faire un bon surjet.

Drainage ; suture. L'opération, assez mouvementée, avait durée 1 heure 10.

Les suites me préoccupaient ; le matin du deuxième jour, température 40°. Elle baisse le soir même ; jamais il n'y eut la moindre réaction péritonéale.

Au douzième jour, état général excellent ; légère suppuration de la partie moyenne de la plaie.

OBSERVATION XI

(In Bull. Soc. Chir. 1910, p. 258)

OBSERVATION DE MICHON

X..., 25 ans, entre à l'hôpital Cochin, annexe, pour augmentation de volume de son testicule gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents syphilitiques. Début il y a un an par légère douleur et augmentation de volume. A l'entrée, volume d'un œuf de dinde.

Rien au niveau du cordon. Rien à la palpation lombo iliaque.

Le traitement spécifique fut sans résultat.

Il revient le 18 janvier 1910 : le traitement spécifique est encore sans influence et semble plutôt avoir fait augmenter la tumeur.

Opération le 29 janvier 1910. — Temps scrotal ; on s'assure de la nature néoplasique de la tumeur.

Incision abdominale (comme dans les observations précédentes) s'arrêtant sans débridement ni en arrière ni en avant, verticalement sur le rebord costal.

Décollement du péritoine à la partie inférieure ; section du déférent à 2 centimètres après son entrée dans le bassin. On continue alors le décollement, qui est facile. Cependant on fait une déchirure à la partie inférieure que l'on oblitère par un surjet. A ce moment, incident d'anesthésie : syncope respiratoire qui cède à quelques mouvements de respiration artificielle. Après le décollement achevé, on recline à l'aide de la valve qui laisse bien voir la région lombo aortique. On y trouve deux ganglions aplatis, de la taille d'un petit haricot, l'un franchement en dehors de l'aorte, l'autre au contact du vaisseau, situés tous deux entre la bifurcation de l'aorte et le pôle inférieur du rein. Ils furent enlevés avec un peu de graisse.

Puis partant de l'arcade crurale, on va séparant la lame spermatique du péritoine jusqu'au niveau du rein. Ligature au catgut et ablation en un bloc des vaisseaux spermatiques. Sutures, drainage.

Suites opératoires : simples, pas de schok, pas de réaction péritonéale. Temp. autour de 38°2, suppuration au niveau du drain, qui n'empêche pas le malade indocile de se lever dès le dixième jour.

Examen des pièces (Chevassu). Il s'agit là d'une tumeur mixte caractérisée par ses kystes et son cartilage ; tumeur mixte en dégénérescence comme le montrent les masses solides d'aspect homogène qui infiltrent la plus grande partie de la tumeur.

Rien d'anormal dans le cordon.

Rien dans un des ganglions examiné par Chevassu.

Quant au deuxième, il aurait été reconnu comme un simple lobule de graisse.

OBSERVATION XII

(In *Bull. Soc. Chirurgie 1910*, p. 260)

OBSERVATION DE MORESTIN

Homme de 50 ans, obèse, alcoolique, entre en 1906 à la maison Dubois porteur d'une tumeur maligne du testicule.

Opération : Incision curviligne, à concavité antérieure, partant du scrotum, longeant le bord externe du muscle droit, remontant jusqu'au rebord des fausses côtes. Difficultés opératoires due à l'épaisseur du pannicule adipeux et à une anesthésie mal supportée par le malade.

Résection des vaisseaux et de la graisse environnante, le plus haut possible ; on ne trouve pas de ganglion ; suture ; drainage ; mort 48 heures après à la suite de phénomènes pulmonaires.

L'autopsie ne peut être faite.

Nous citons là cette observation, bien que l'opération diffère énormément par la ligne d'incision qui passe beaucoup trop en avant de celle que nous défendons. Cependant, à part les différences de technique, elle fut faite en vue du même but et doit avoir sa place ici.

OBSERVATION XIII

(In *Bull. Soc. Chirurgie* 1910, p. 4361)

OBSERVATION DE MICHEL, DE NANCY

P..., 32 ans, entre le 24 juillet 1910, affection datant de 13 mois, pleurésie il y a 3 mois. Tumeur du testicule gauche, lisse ovoïde de la grosseur d'un poing.

Rien au toucher rectal ni à la palpation iliaque et lombaire.

Aux poumons, induration au sommet gauche, râles congestifs à la base.

Opération le 27 juillet 1910. — Incision inguino-scrotale ; énucléation de la tumeur. Examen du testicule, puis section du cordon et rejet de la tumeur du champ opératoire.

2^e temps : position dorso-latérale cambrée ; incision de Chevassu. Décollement péritonéal ; difficultés dans la portion iliaque ; déchirure ; suture en bourse immédiate. Pas de ganglion iliaque.

Au niveau du rein, hémorragie due aux veines de la capsule adipeuse, arrêtée difficilement. Ligature et section du paquet spermatique avec quelques petits ganglions.

Hémostase ; vu le suintement en nappe qui continue, on fait une contre ouverture lombaire où l'on met une mèche de gaze. Drainage, suture.

Suites opératoires : normales ; état de schok les premiers jours, mais le malade se remonte assez vite.

Au dixième jour, légère suppuration de la paroi.

Au dix-septième jour, les phénomènes de congestion de la base gauche s'accroissent. Puis tout s'amende. Enfin, le trente-septième jour, pneumonie qui enlève le malade en sept jours.

Autopsie ne put être faite.

Examen des pièces : La tumeur offre l'aspect caractéristique du séminome.

Ganglions : structure normale.

OBSERVATION XIV

(In *The Lancet*, Novembre 1910, p. 1406-1408)

OBSERVATION D'HOWARD

Enfant, 10 ans, entre au London Hospital, se plaignant d'une augmentation de volume indolore de son testicule gauche remontant à dix semaines. A l'examen, le côté gauche du scrotum est occupé par une masse irrégulière dans laquelle on ne peut distinguer le corps du testicule de l'épididyme. On constate un léger hydrocèle ; pas d'envahissement du cordon. Rien au toucher rectal. Une palpation soigneuse de l'abdomen ne révèle aucune masse dans la région lombaire.

On fait le diagnostic de tumeur maligne du testicule, et on décide une intervention radicale.

On se décide pour une opération extrapéritonéale, malgré l'opinion exprimée in *The Lancet* par Jamieson et Dobson. On se propose d'enlever la tumeur avec le paquet spermatique en entier et les ganglions ilio-lombaires.

Opération : 1^o temps scrotal : on vérifie le diagnostic en ouvrant le testicule ; celui-ci est confirmé. On fait alors une incision sur l'anneau inguinal externe, on lie le cordon spermatique de façon à n'être pas inquiété par le sang dû à l'incision faite dans le testicule.

2^o temps : On fait alors une incision partant de l'orifice inguinal externe, incision curviligne en dehors de la ligne semi-lunaire.

Tous les plans de la paroi sont sectionnés jusqu'au péritoine. On décolle le péritoine du tissu rétro-péritonéal jusqu'à ce que l'aorte, l'iliaque primitive et l'iliaque externe soient nettement dégagés, et le péritoine étant maintenu en haut

Opération : 1^{er} temps scrotal : on vérifie le diagnostic en

avec des écarteurs, on voyait aisément ces vaisseaux dans tout leur parcours.

Le tissu situé autour de l'aorte, de l'artère rénale, de la mésentérique primitive, des vaisseaux iliaques primitifs et externes et de l'origine des vaisseaux iliaques internes, était disséqué soigneusement et enlevé jusqu'à ce que les vaisseaux soient absolument nets comme dans une dissection d'amphithéâtre.

De nombreux ganglions étaient enlevés avec ce tissu, mais aucun ne semblait hypertrophié.

On se retourne alors du côté des vaisseaux spermaticques qui avaient été reclinés avec le péritoine.

On enlève le testicule avec une partie du scrotum et on lie le canal déférent à son entrée dans le bassin.

Le paquet spermaticque est alors décollé du péritoine de bas en haut jusqu'au niveau de la V. rénale. On fait une ligature et on enlève tout le paquet : artère, veine, lymphatiques.

La région opératoire était si bien exposée que l'on put procéder à toute cette dissection sans aucun danger.

On remet le péritoine en place, on mit un drain et on procéda à la suture de la paroi.

L'opération entière dura 1 heure. Il n'y avait aucune marque de choc et l'épanchement sanguin était insignifiant.

La convalescence du malade fut interrompue par une pneumonie, mais il quitta l'hôpital trois semaines et demie après l'opération, entièrement guéri.

Examen des pièces. Docteur H.-M. Turnbull, de l'Institut Pathologique de « London Hospital ». Diagnostic : sarcome cellules rondes à noyau et à protoplasma très restreint. La partie inférieure du testicule montre une infiltration à peu près parfaitement homogène avec cellules sarcomateuses.

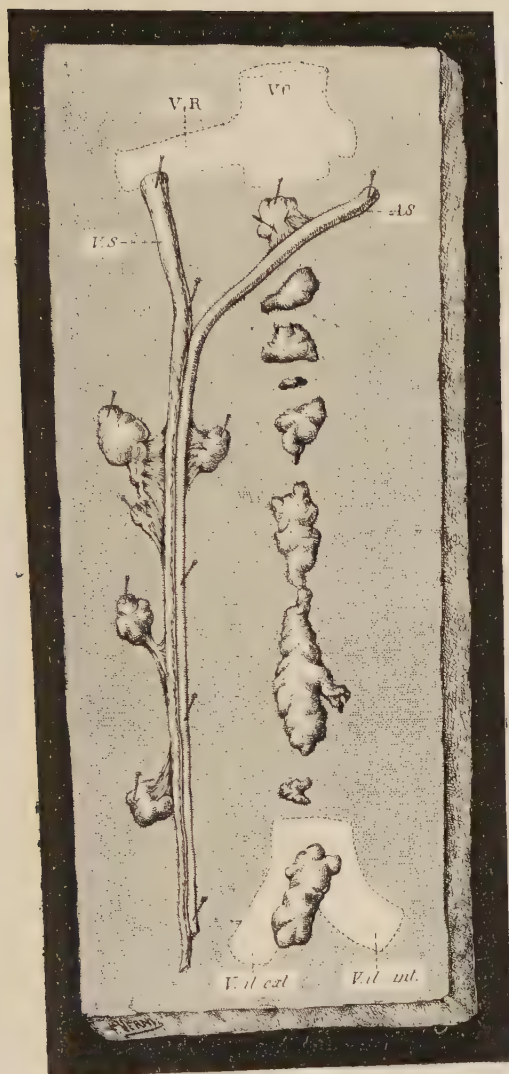
Les ganglions iliaques et lombaires gauches sont normaux et ne montrent aucune cellule sarcomateuse.

La tumeur présente ceci de particulier qu'elle paraît avoir débuté par l'épididyme et avoir envahi secondairement le testicule, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire.

OBSERVATION XV

OBSERVATION DUE A L'OBLIGEANCE DU DOCTEUR GAYET

B... Adolphe, 49 ans, entre le 21 octobre 1910 à la Croix-Rousse, service du docteur Gayet, pour tuméfaction du scrotum.



B... A. — SERVICE DU D^r GAYET
 Paquet spermatique et ganglions enlevés au cours de
 l'intervention par le D^r Gayet
 Dessin d'après pièce conservée à la Croix-Rousse.
 Réduction de moitié.

Antécédents héréditaires: père mort à 78 ans, d'affection urinaire mal déterminée. Mère morte d'affection hépatique.

Antécédents personnels : il eut une affection probablement pleurale, au cours de son service militaire ; depuis s'est toujours bien porté. Marié, sans enfant ; sa femme est bien portante et n'a jamais eu de fausse couche. Aucun antécédent syphilitique.

Il y a une dizaine d'années, le malade ressentit des douleurs assez vives dans le testicule droit qui se mit à augmenter et devint rapidement volumineuse. Le malade entre alors à mèrent ; le volume du testicule resta ainsi stationnaire, des années, sans aucun soin médical.

Il y a un mois et demi, le testicule redevint douloureux et dur. Il consulte un médecin, mais refuse d'entrer à l'hôpital. Il y a trois jours, il se forme une ulcération sur la face antérieure des bourses, ulcération qui se mit à bourgeonner et devint rapidement volumineux. Le malade entre alors à l'hôpital le 21 octobre 1910.

On constate : scrotum de la grosseur d'une noix de coco, bourse droite rouge, dure, avec ulcération bourgeonnante et saignotante.

Dans les deux aines, ganglions petits et durs, les aisselles et tous les carrefours ganglionnaires, en général, sont pris. Douleur peu intense. Il dit avoir maigri d'une dizaine de kilos en quinze jours.

Les appareils digestifs circulatoires, respiratoires et nerveux semblent normaux.

Rien à la palpation abdominale.

Urines : léger nuage d'albumine.

28 octobre ; *Opération* : Incision contournant l'ulcération et à une certaine distance d'elle, décrivant une espèce de raquette dont le manche rejoint le canal inguinal. On s'occupe alors de la tumeur testiculaire qu'on enlève largement. On ouvre même, pendant cette ablation, la loge du testicule opposé qui est immédiatement refermée par un surjet au catgut. Le pédicule testiculaire est sectionné entre deux pinces. Une incision du testicule confirme le diagnostic. On passe alors au deuxième temps opératoire : Le malade est placé dans la position dorso-latérale cambrée et on fait une incision continuant la première passant près de l'épine iliaque antéro-supérieure, devenant alors verticale pour se terminer sur la ligne axillaire antérieure, au niveau de la neuvième côte. Section de la paroi abdominale en tous ses plans jusqu'au péritoine exclusivement,

Décollement prudent du péritoine. On lie d'abord et on resèque le canal déférent sur les flancs de la vessie. Suivant alors le paquet vasculaire spermatique comme guide, on dissèque ce paquet et la graisse environnante dans la fosse iliaque, puis au point de croisement de l'urètre et des vaisseaux iliaques ; on enlève à ce niveau un gros ganglion situé sur l'origine de l'artère iliaque externe et que l'on détache avec quelques peines.

Rejetant en arrière l'urètre, on met à nu la face antérieure de la V. cave et on extirpe successivement une trainée de ganglions qui remonte jusqu'au niveau du pédicule vasculaire du rein. On jette un fil sur la V. spermatique près de son aboutissement dans la V. rénale, et on lie l'artère au niveau de son origine aortique. On trouve encore quelques ganglions préaortiques.

Tout étant bien net, on rabat le sac péritonéal et son contenu. Fermeture des divers plans. On laisse un gros drain dans la fosse iliaque et un petit dans le scrotum.

31 octobre. — La température du malade est montée ce matin à 40°. A l'auscultation, submatité au poumon droit ; pas de souffle, diminution du murmure vésiculaire ; quelques râles fugaces à la base gauche : sinapisme, digitale, potion de Todd.

5 novembre. — Mort à trois heures du soir, après un violent délire accompagné de dyspnée intense avec sueurs abondantes.

7 novembre. — Autopsie : Ligne de suture cicatrisée dans ses deux tiers supérieurs. Le drain ne contient que quelques gouttes de sang ; il est plongé dans un tissu d'adhérences ; pas une goutte de pus.

On recherche les métastases ganglionnaires. Rien dans la chaîne aortique. Pas de ganglion du promontoire ; rien dans la chaîne iliaque externe, pas de ganglion rétro-crural. Pas de métastases non plus dans les ganglions sous-diaphragmatiques.

Poumons : gauche, 730 grammes. Splénisation du lobe inférieur. Droit, 1.000 grammes ; état d'engouement prononcé du lobe inférieur. Congestion marquée du lobe moyen et d'une grande partie du lobe supérieur. Le poumon est enchâssé dans une gangue d'adhérences. On trouve une plaque cartilagineuse dans la plèvre pariétale, et à ce niveau quelques tubercules crétacés.

Cœur, 350 grammes. Reins : droit, 180 gr. ; gauche, 220 gr. Les deux capsules des reins sont adhérentes ; le rein gauche

est enchâssé dans une gangue grasseuse épaisse. La striation des pyramides du rein droit a en partie disparu. L'aspect est celui d'un rein d'alcoolique. Foie, 1.900 grammes. Dans le lobe gauche, on trouve une masse de la grosseur d'un œuf de poule avec une paroi nettement indépendante du parenchyme, donnant la sensation d'une coque osseuse. Cette cavité est remplie d'une masse comparable à du mastic.

Anatomie pathologique (Examen du laboratoire de la Faculté de Lyon) :

1° Tumeur testiculaire : Sur un point de la préparation, on voit les tubes séminifères bien conservés, mais séparés parfois par des amas de petites cellules rondes. A côté, le tissu est constitué par un stroma fibreux dans lequel on voit également des amas de petites cellules rondes qu'on pourrait à la rigueur considérer comme inflammatoires, mais que l'on peut interpréter logiquement comme des cellules d'un épithélioma atypique.

2° Le ganglion inférieur présente seul de la généralisation (rappelons que c'est le seul que l'on eut quelques peines à extirper).

CONCLUSIONS

1° Le cancer du testicule envoie ses premières colonies de généralisation le long des vaisseaux iliaques, de la V. Cave et de l'aorte, jusqu'à la hauteur de la V. rénale.

2° L'opération rationnelle pour ce cancer doit consister, suivant la règle générale qui domine le traitement des cancers, dans une ablation en masse de la tumeur et des ganglions infectés ou susceptibles de l'être.

3° Cette intervention est réalisable par une longue incision inguino-abdominale latérale, suivie du décollement du péritoine pariétal jusqu'à la colonne vertébrale en dedans, jusqu'au pédicule rénale en haut.

On peut ainsi disséquer et extirper à ciel ouvert toute la chaîne ganglionnaire.

La technique, préconisée par Chevassu, paraît la meilleure pour obtenir ce résultat.

4° Les résultats éloignés de cette intervention paraissent en justifier l'idée directrice, de même que les autopsies montrant la possibilité de dépasser le mal.

5° On peut espérer désormais que la récurrence et la généralisation du cancer du testicule, ne seront plus la règle comme autrefois, et qu'une intervention suffisamment précoce, pourra sauver un certain nombre de malades.

VU :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 mars 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

I. — ANATOMIE

- CUNÉO. — Note sur les lymphatiques du testicule. Bull. Société d'Anatomie, février 1901.
- GERSTER. — Ueber die Lymphgefäesse des Hodens. Zeitsch. f. Anat. u. Entwicklung, t. II, 1876.
- JAMIESON AND DOBSON. — In The Lancet, 19 février 1910, p. 493.
- MOST. — Ueber die Lymphgefäesse ü Lymphhäusen des Hodens. Arch. f. Anat. u. Phys. 1899, p. 113.
- POIRIER ET CUNÉO. — In Traité d'Anat. hum. Poirier, t. II, p. 1197.
- TESTUT. — Anat. Descript. t. IV, p. 585.
- Anat. topograph., t. II, p. 303 et 573.
- ZEISSL ET HOROWITZ. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1890, p. 388, et Wiener Medicinische Presse, t. III, p. 761.

II. — CHIRURGIE

- BLAND SUTTON. — The Lancet, 13 novembre 1909, p. 1406-1409.
- Rev. de Chirurg. 1910, p. 657.
- CHEVASSU. — Tumeurs du Testicule, Th. Paris, 1906.
- Revue de Chirurgie 1910, 1^{er} semestre, p. 628-666 et 887-923.
- CUNÉO. — Obs. in Th. Dezarnaulds, p. 33, et in Rev. de Chirurgie, p. 651.
- DEZARNAULDS. — De l'extirpation des ganglions lombaires dans la cure du cancer du Testicule, Th. Paris 1906,

- PIERRE DELBET. — Rapport à la Société de Chirurgie, séance du 2 mars 1910, p. 236-262.
- PIERRE FREDET. — Obs. in Bull. Soc. Chir. 1910, p. 245, et in Rev. de Chir. 1910, p. 663.
- GRÉGOIRE. — Première obs. in Th. Chevassu, p. 182, et Rev. de Chir. 1910, p. 648. — Deuxième et troisième observation in Rev. de Chirurgie 1910, p. 654 et 656.
- GOSSET. — Obs. in Bull. Soc. Chirurg. 1910, p. 243, et Rev. de Chirurg. 1910, p. 661.
- KOCHER. — Deutsche Chirurgie 1883, p. 491.
- MAUCLAIRE. — Tribune Médicale, 17 juin 1905, p. 373-375.
- MICHON. — Obs. in Bull. Soc. Chir. 1910, p. 258, in Rev. de Chirurg. 1910, p. 918.
- MORESTIN. — Obs. in Bull. Soc. Chir. 1910, p. 260.
- MOST. — Virchow's Archiv. 1890, p. 138.177.
- J. ROBERTS. — Excision of the lumbar lymphat. Annals of Surgery, octobre 1902, p. 539-549. In Rev. de Chirurg. 1910, p. 646.
- VILLAR. — Méthode rationnelle de castration du cancer du Testicule. Journal de Médecine de Bordeaux, février 1902, p. 103-118.
- Méthode rationnelle de castration dans les tumeurs malignes du Testicule. Congrès français de Chirurgie, 25 octobre 1902, p. 714-729.
- HOWARD. — Obs. in The Lancet, 12 novembre 1910, p. 1406-1408, avec deux figures.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	13
HISTORIQUE	16
CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES	20
MANUEL OPÉRATOIRE	26
DES DIVERS TEMPS OPÉRATOIRES	32
RÉSULTATS	38
OBSERVATIONS	50
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75
